
I colloqui di presa in carico nella terapia individuale relazionale sistemica

Roberto Berrini¹ – Anna Maria Sorrentino²

La prospettiva relazionale individuale

La Scuola Mara Selvini di Milano da tempo (cfr. ad es. Selvini Palazzoli, et al. 1988, 1998; Cirillo et al., 1996; Cirillo, 2005; Selvini, 2004; Sorrentino, 2006) cerca di offrire il suo contributo alla riflessione per una possibile integrazione dei principali modelli teorici psicoterapeutici in una prospettiva di dialogo sempre più efficace con le diverse scuole di formazione psicoterapeutica, anche non sistemiche. Un terreno importante di confronto e di ricerca riguarda senza dubbio la conduzione del trattamento individuale, sia per quanto riguarda la fase iniziale della presa in carico sia per ciò che concerne le fasi di avanzamento successive del processo terapeutico.

In questo lavoro cercheremo di illustrare alcune riflessioni sulla fase iniziale.

Se facciamo un confronto con il modello psicoanalitico possiamo trovare analogie e differenze: le analogie riguardano soprattutto gli aspetti del metodo, cioè la costruzione di un contesto in cui avviene un incontro umano caratterizzato da posizioni relazionali asimmetriche,

¹ ROBERTO BERRINI: Medico e psicoterapeuta, docente presso la Scuola di psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Viale Vittorio Veneto, 12 – 20134 Milano, tel/fax 02 29524089.

² ANNA MARIA SORRENTINO: Psicologa e psicoterapeuta, è co-responsabile della Scuola di psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Viale Vittorio Veneto, 12 – 20134 Milano, tel/fax 02 29524089.

definito dalla sofferenza di uno e dalla disponibilità all'ascolto dell'altro. Il termine "incontro" sta a significare una possibilità di implicazione reciproca estremamente ricca di significati che mette in gioco i costrutti identitari di entrambi.

Differenti sono le tecniche, a partire dal focus dell'attenzione che il terapeuta, nella sua qualità di esperto, propone al paziente con il proprio ascolto empatico. Il terapeuta sistemico³ tenderà ad assumere un ruolo più attivo di guida, mentre il collega psicoanalista privilegerà l'astinenza per sollecitare l'autonomia di pensiero dell'altro.

Le premesse mentali dei due terapeuti infatti sono diverse: il terapeuta sistemico (Boscolo, Bertrando, 1996) crede che ciò che il paziente gli sta comunicando, per quanto importante e attuale per lui, sia l'esito di un vasto affresco di relazioni, storiche ed attuali, nella complessità del quale risiede il significato ultimo di ciò che il paziente gli porta con la propria domanda d'aiuto e la propria presenza. Il terapeuta psicoanalitico (Semi, 1985) cerca di identificare nei vissuti del paziente rispetto al modo in cui questi si atteggia e formula la propria domanda, le determinanti del suo funzionamento intrapsichico. In qualche modo l'uno cerca una visione fotografica grandangolare, l'altro usa le lenti per le foto macro.

La nostra posizione attuale, che definiamo individuale-relazionale, propone una tecnica, per stare nell'esempio "fotografico", dove si possa passare dall'immagine del particolare al fuoco sullo sfondo.

Cerchiamo di leggere il momento di incontro all'interno della teoria dell'attaccamento, orientandoci in base alle classificazioni derivate dagli studi sull'attaccamento ed alle schematizzazioni sui tipi di personalità (Attili, 2007; Benjamin, 1999; Gabbard, 1994; Johnson, 1994). Solo successivamente con la costruzione del genogramma familiare, eseguito dal paziente (Sorrentino 2009) o dal terapeuta, proporremo un modo per immergere la narrazione all'interno dell'ambito di appartenenza affettiva e per notare, secondo una modalità condivisa tra terapeuta e paziente, le connessioni tra l'evoluzione della sintomatologia da un lato, e il procedere del ciclo vitale familiare dall'altro, allo scopo di verificare l'effetto degli eventi di vita sullo sviluppo del paziente. Il racconto della

³ Siamo consapevoli che i termini utilizzati sono molto generici, riferendosi a corpus teorici complessi. Tuttavia riteniamo che questi termini conservino un valore indicativo di orientamenti che possono essere confrontati tra loro.

storia familiare può portare ad una definizione della posizione che il paziente ha assunto, e sta perpetuando, all'interno dei suoi rapporti fondamentali. Questa posizione, e la soggettiva modalità di gestirla, può essere attinente al disagio che lo ha portato alla domanda di consultazione ed alla modalità con cui l'interazione col terapeuta ha luogo. Puntualizzando e correlando le contraddizioni presenti nella narrazione di sé fatta dal paziente ed i dati della vicenda familiare, si potrà testare la responsività e la competenza autobiografica del nostro interlocutore, oltre alla sua disponibilità autocritica, ed ottenere una conferma, o una riconsiderazione, dell'inquadramento diagnostico.

Le relazioni diadiche del sistema dell'attaccamento come punto di partenza dell'incontro terapeutico

Riteniamo che l'attivarsi del sistema dell'attaccamento nella relazione paziente-terapeuta può aiutare ad individuare caratteristiche specifiche del soggetto che permettono chiavi di lettura del suo funzionamento difensivo, tratti del carattere con cui affronta la realtà.

In un modello integrato di psicoterapia individuale quale quello che proponiamo, il terapeuta deve amplificare la propria competenza rispetto alla relazione diadica per interpretare al meglio le risorse del paziente.

Secondo questa premessa si può supporre che il terapeuta venga vissuto dal paziente richiedente come una potenziale figura di attaccamento verso la quale si attivano le modalità e le aspettative di risposta apprese in passato. Questa modalità di incontro favorisce una precoce esperienza soggettiva da parte del terapeuta dei modelli operativi interni emergenti dalle aspettative sottese e dalle difese del paziente. A differenza di quanto avviene più comunemente nel formato familiare, dove il terapeuta, almeno nelle fasi iniziali, tende a incentivare lo sviluppo di momenti interattivi significativi tra i familiari, nel formato individuale egli è referente diretto dei costrutti del sistema di attaccamento del paziente. Per questo il terapeuta può immedesimarsi innanzitutto nel ruolo di *caregiver* (Holmes, 2001), anziché in quello più razionalizzato e difeso di interprete o decodificatore di significati, iniziando col focalizzarsi sullo "star male" del paziente, sul suo bisogno

immediato nel qui ed ora della domanda di aiuto. L'assunzione del ruolo di figura di attaccamento ha un rilievo epistemologico determinante, in quanto sposta immediatamente il livello di attenzione dalla preoccupazione di *capire* e *valutare* alla preoccupazione di *corrispondere* ai bisogni del paziente. Il che comporta uno spostamento gerarchico dal livello cognitivo a quello più integrato cognitivo ed emotivo insieme, che chiamiamo *empatia*.

Dobbiamo ricordare inoltre che le strutture mistiche, organizzate dalla relazione di attaccamento nei primi mesi di vita, si sviluppano in modalità *preverbal*. Questo deposito di tracce relazionali viene definito anche memoria implicita, secondo la definizione di Schacter (1996) e concerne l'acquisizione di risposte di tipo emozionale, secondo modalità quasi automatiche, senza un corrispettivo rappresentazionale. Le modalità analogiche e preverbal quindi della comunicazione del paziente e del terapeuta saranno proprio quelle chiamate in causa in queste prime fasi del rapporto e richiederanno un'attenta osservazione del terapeuta su se stesso come soggetto implicato nella relazione di attaccamento. La mimica, gli spostamenti reciproci del corpo, gli aggiustamenti reciproci delle distanze, il tono della voce, le sfumature emozionali che sorreggono la narrazione sono segnali determinanti per sviluppare un corretto modo di "corrispondere" ai bisogni di relazione reciproca.

Il paziente si autoregola in relazione allo stile che il terapeuta impiega per regolare i propri stati interni e a sua volta influenza il terapeuta a trovare un nuovo livello di regolazione (Beebe, Lachman, 2002).

Aiutare il paziente a definire il problema

Alla fine del primo colloquio si dovrà giungere ad una prima condivisa definizione del problema, della sua entità, delle fasi in cui è apparso, delle ipotesi che il paziente si è fatto circa le cause del suo apparire. Gli aspetti di sofferenza vanno inquadrati in una globale percezione del paziente nel qui e ora della sua realtà esistenziale, relazionale, culturale e lavorativa. La valutazione, a questo punto del processo di presa in carico, dovrà tenere conto inoltre delle capacità del paziente di essere disponibile a riflettere sul suo personale e soggettivo contributo alla

creazione di una condizione di sofferenza privata e relazionale. Nel caso in cui il paziente si mostri poco autocritico (cfr. ad es. Selvini, 2008), il terapeuta procederà guidandolo a riflettere sulle determinanti relazionali che si connettono alla sua sofferenza, ponendo l'accento sui temi più sistemici, cioè sulla sua difficile posizione nel contesto relazionale. Tuttavia col paziente che si colpevolizza eccessivamente e che contemporaneamente dipinge le figure genitoriali in termini esclusivamente positivi, il terapeuta potrà testarne la tolleranza a mettere in discussione i rapporti idealizzati. Nel caso, invece, in cui il paziente si presenti sofferente, ma incapace di assumersi almeno una parte di responsabilità su ciò che gli accade, tenendo perciò una posizione vittimistica, è necessario suggerire una connessione tra qualche suo aspetto o tratto personale e la risposta dell'ambiente al fine di guidarlo a percepire un suo potere sul cambiamento di sé stesso. La situazione ottimale è ovviamente quella del paziente che appare capace fin dal primo colloquio di pensare in modo collaborativo col terapeuta, riconoscendo la sua situazione di sofferenza e ricercandone un senso in come lui stesso ha gestito le relazioni importanti della sua vita. È infatti importante tenere presente, per una prima comprensione del paziente, il suo muoversi lungo una scala immaginaria, sulla quale sono poste le posizioni della negazione del problema, dell'onnipotenza, del vittimismo, ed infine dell'interdipendenza relazionale (Canevaro, Selvini, et al. 2008).

La restituzione empatica

Può essere che già nel corso dei primi colloqui il terapeuta si trovi nella condizione di poter commentare lo stato emotivo e la motivazione del paziente, stato emotivo che spesso appare in sintonia con le relazioni, così come emergono dalla narrazione del genogramma, oltre che dagli atteggiamenti verso il terapeuta.

Per esempio un paziente, con i suoi atteggiamenti verso il terapeuta, potrebbe mostrare oscillazioni tra atteggiamenti sottomessi e dominanti e rivelare poi, nella descrizione dei legami rappresentati, la “relazione modello”, di matrice disorganizzata, che meglio dà ragione di questa componente del suo schema operativo interno. Il terapeuta sarebbe

quindi in grado di offrire al paziente questa interpretazione “Mi pare che lei mi faccia sperimentare modalità simili a quelle che aveva con ../relazione modello”, ma se, ad esempio, valuta come più autentico il bisogno di sostegno e comprensione, prima che di interpretazione, potrà soprassedere a questa restituzione, valutandola inopportuna per quello specifico paziente. Ad esempio il paziente potrebbe risentirsi per l’essere troppo precocemente confrontato con un’opinione interpretativa in cui leggerebbe una banalizzazione della sua sofferenza.

Di fatto il più delle volte il terapeuta si muove intuitivamente, ma deve essere pronto a modificarsi e a riparare eventuali rotture empatiche per conservare nel paziente una buona motivazione al lavoro terapeutico. Nei primi colloqui infatti paziente e terapeuta si misurano l’un l’altro prima di aprirsi al coinvolgimento.

Nella consultazione individuale conviene invece testare la tolleranza del paziente ad una restituzione che deve essere data quando abbiamo una ragionevole probabilità che possa essere ben accolta come una forma di comprensione empatica.,

Anche in questi casi i criteri riferibili al concetto di modelli operativi interni possono rappresentare un orientamento utile. In linea di massima infatti la matrice ansioso-ambivalente accetta positivamente letture e connessioni, anche se non sempre li utilizza per attivarsi nella direzione del cambiamento. La matrice evitante spesso reagisce passivamente ad interpretazioni precoci, che non vengono utilizzate, o sono perfino vissute come banalizzazioni o giudizi. E’ pertanto consigliabile soprassedere a restituzioni di tipo interpretativo fino a quando la fiducia nel legame terapeutico non è consolidata . Anche la semplice empatia per la sofferenza, senza alcuna aggiunta di altri contenuti, può suscitare vissuti di imbarazzo e vergogna in questi soggetti, abituati a non attingere alla risorsa interpersonale.

Più complesso è il problema della restituzione nei confronti di soggetti che presentano le discontinuità dei modelli operativi interni tipiche dei legami di attaccamento disorganizzato del tipo impulsivo: in questi casi il terapeuta dovrebbe attenersi nei primi incontri a porsi come un interlocutore paziente e stabile che si limita a mostrare gli aspetti discontinui e contraddittori delle immagini di sé che il paziente esprime, rinunciando in un primo tempo a portare la sua attenzione sulle immagini, pure contraddittorie, che vengono attribuite all’interlocutore.

L'immatùrità del paziente, ed il suo turbamento, necessitano di tenere il centro della scena e si giovano di una benevola attenzione del terapeuta, attenzione primariamente contenente.

Esempio di colloquio con paziente con tratti di attaccamento evitante/disorganizzato

Claudio è un giovane ventunenne che manifesta problemi di alternanza dello stato dell'umore, con manifestazioni depressive episodiche che influenzano sensibilmente le sue attività quotidiane, interferendo con il raggiungimento dei suoi obiettivi di studio. La sintomatologia descritta dal paziente rientra nei criteri diagnostici di un disturbo dell'umore, ma, nello stesso tempo, la modalità distaccata e reticente del racconto, la scarsità di connessioni episodico-semantiche, la tendenza a idealizzare e generalizzare le descrizioni di sé e degli altri ed anche l'apparente passività alle valutazioni iniziali del terapeuta fanno ipotizzare tratti narcisistici "coperti" di personalità. L'esperienza soggettiva del terapeuta avalla questa ipotesi: avverte disagio e una spinta ad agire rispetto ai vuoti della narrazione, impazienza e irritazione rispetto alla parsimonia con cui il paziente rivela elementi di sé e alternati ad una storia di inadeguatezza di fronte ad un'implicita delega di onnipotenza. L'utilizzo del genogramma ha permesso di superare questo momento di stallo, sfuggendo alla pressione che il paziente esercita affinché il terapeuta si attivi su un registro motivazionale agonista e dominante e agevolando la restituzione di una risposta empatica, capace di sollecitare la sua funzione riflessiva: la famiglia nucleare visse con i nonni paterni fino all'età scolare di Claudio ma di questo periodo il paziente ricorda poco. Considera invece la nonna materna il vero caregiver. Fu il primo nipote e il nipote preferito, nonostante abbia molti cugini. Ebbe un allevamento sottoposto alla rigidità del mito familiare della linea materna, originato dalla bisnonna, persona molto colta per l'epoca. Il mito era rappresentato dall'importanza quasi esclusiva dell'apprendimento culturale e della riuscita professionale. La morte intempestiva del padre all'età di quattordici anni del paziente non sembra rappresentare una discontinuità nel tessuto storico e narrativo della memoria del paziente. La madre non ha mai avuto altre relazioni

sentimentali. Gli viene fatto notare come i pensieri depressivi iper-esigenti e svalutanti che gli impediscono di procedere nel raggiungimento dei suoi obiettivi siano molto in sintonia con l'importanza data dalla nonna e dalla mamma alla riuscita culturale e professionale; per lui non deve essere stato facile rispondere alle richieste della famiglia non solo di mantenere alti livelli di prestazione, ma anche di prendere il posto di suo padre, dopo la sua morte. Questa ipotesi, che ha lo scopo di trasmettere un'esperienza istantanea di comprensione al di là dell'esattezza del contenuto proposto, provoca una corrispondente approvazione empatica del paziente verso l'interpretazione del terapeuta, conferendo alla seduta un clima complessivo di riuscita e un'aspettativa di prosecuzione. La constatazione che ora, lontano da casa, sembra stanco di incarnare queste aspettative viene posta come una osservazione ipotetica che richiede ulteriori approfondimenti, ma mette in luce una prima sintonia emotiva col probabile sottostante sentimento del paziente di essere vittima delle aspettative delle figure di riferimento. In questo caso il terapeuta ha sentito prevalere nel paziente la dimensione depressiva per la ferita narcisistica rappresentata dall'insuccesso ed ha perciò scelto di testare la sua disponibilità ad accettare una vicinanza, per quanto appena accennata, provando a restituire un'ipotesi di tipo sistemico trigenerazionale che gli conferisca la sensazione di potere essere compreso in una dimensione personale e privata. Ciò mira a disattivare il sistema motivazionale agonista (i tratti narcisistici) e a sollecitare le motivazioni collaborative. Una prima restituzione sistemica infatti, pur se parzialmente collusiva con la dimensione vittimistica del paziente, può tener conto delle sue difficoltà e rappresentare un utile passaggio per avviare un'alleanza terapeutica.

Esempio di colloquio con una paziente con attaccamento preoccupato/disorganizzato

In altri casi l'attivazione del sistema dell'attaccamento rappresenta la modalità prevalente utilizzata dal paziente per entrare in relazione con il terapeuta. In questa condizione motivazionale il paziente è visibilmente richiedente, insicuro, irritante, a volte, per le sue angosce. Il pianto,

l'agitazione, la disperazione nella voce, sono impermeabili alle proposte di consolazione o di riflessione. Il terapeuta deve esercitare in questo caso un'azione di holding psichica che aiuti a sviluppare un atteggiamento esplorativo e introspettivo e a placare la condizione di ipervigilanza interattiva che caratterizza gli stati di segnalazione del bisogno. Sono situazioni solitamente conseguenti ad esperienze recenti di discontinuità del sé, come nei casi di lutto recente, di esperienze traumatiche, di abbandono o di fallimento. Ricordiamo che alcune ricerche (Hardy et al., 1999, Rubino et al., 1999, Eames et al, 2000) mettono bene in evidenza come le risposte del terapeuta siano sempre fortemente influenzate dallo stile di attaccamento del paziente e che lo stile di attaccamento "preoccupato" viene più frequentemente affrontato con astinenza dall'interpretare, contenimento e riflessioni sull'esperienza del paziente.

Brenda è una donna di origine africana, nera, anche se la madre è bianca, francese. Durante il colloquio parla con tono lievemente enfatico e mimica accentuata, per contenere il più possibile la sofferenza, ma a tratti scoppia a piangere. Tuttavia il suo racconto è concitato e senza pause e non permette al terapeuta di intervenire. Ha cercato di tornare a vivere a Parigi, per allontanarsi da un matrimonio sbagliato, ma non ce l'ha fatta ad organizzarsi da sola e, dopo circa due anni, è tornata indietro, sottomettendosi all'accettazione del marito. Ora la sua autostima è crollata e si sente vulnerabile e dipendente. Il problema per il terapeuta è di riuscire a calmare la paziente, al fine di riuscire a chiederle notizie più precise degli antecedenti che possono essere connessi alla situazione attuale. È stato così possibile ottenere un quadro intergenerazionale di maltrattamento fisico e di delega della funzione di *caregiver* alla nonna materna, con soluzioni emancipative caratterizzate da tagli affettivi e scissioni tra rappresentazioni di sé e della realtà poco conciliabili: genere maschile e genere femminile, neri e bianchi, vincitori e perdenti (una sorella morta suicida), e così via, con esito in un'evidente vulnerabilità rispetto alla fiducia di base (Orefice, 2002). Queste informazioni, che hanno gettato una luce di maggiore comprensibilità sul dolore intenso causato dal fallimento della sua separazione, hanno consentito di validare il progetto di prosecuzione dei colloqui psicoterapeutici mettendo in evidenza la connessione tra sofferenza attuale e sofferenza pregressa non ancora del tutto elaborata.

La paziente è riuscita a offrire uno scorcio significativo ed esplicito della sua vita nel momento in cui il terapeuta si è disposto a contenere le manifestazioni implicite dell'attivazione del sistema di attaccamento della paziente, mostrandosi responsivo e non diffidente o intollerante. Ricordiamo i lavori relativi allo studio della *funzione riflessiva* o *monitoraggio metacognitivo*, (Fonagy, Target, 1995; Bateman, Fonagy, 2004) in cui l'autore dimostra come lo sviluppo di questa funzione mentale è fondamentale per spezzare il ciclo intergenerazionale del maltrattamento. L'autore dimostra una stretta correlazione tra deficit di funzione riflessiva e attaccamento insicuro. Questa cornice teorica aiuta a prendere in carico quei soggetti che si presentano ad un primo colloquio l'attivazione del sistema di attaccamento ansioso/disorganizzato è possibile ipotizzare di essere all'interno di un tema traumatico, dove il soggetto non sia riuscito ad attivare delle difese efficaci. In questo caso è essenziale offrire al paziente l'esperienza di un'altra persona che si concentra sul suo stato mentale e lo contiene, pensandolo e riconoscendolo, al fine di porre le premesse di una dimensione cooperativa, di attivazione del paziente a reperire, con l'aiuto ed il sostegno del terapeuta, le proprie risorse riflessive. In questo modo egli potrà, probabilmente, superare le difese proiettive e persecutorie e cominciare ad esplorare il proprio mondo interno.

Lo sviluppo dell'intersoggettività

Stern nella sua recente concettualizzazione (2004), sottolinea l'importanza, nel colloquio psicoterapeutico, del momento presente come fonte di sviluppo del campo intersoggettivo. L'elaborazione condivisa della rappresentazione grafica del genogramma, ad esempio, consente di realizzare un primo embrione di intersoggettività, dove le premesse teoriche del terapeuta si offrono come trama al paziente per favorire uno scambio ed un pensare insieme.

Stern infatti afferma che la relazione con il paziente si costruisce sulla spinta della motivazione a creare questo campo intersoggettivo, spinta considerata in sé uno stato motivazionale fondamentale dell'uomo. Ciò avviene attraverso la co-creazione di momenti interattivi di rottura e riparazione. Questo andamento naturale si verifica in modo

sostanzialmente improvvisato, indipendente quindi dalle dinamiche intrapsichiche del paziente e dalla consapevolezza teorica e clinica del terapeuta.

Lo sforzo reciproco di trovare la giusta corrispondenza che consenta di apprezzare i significati impliciti ed espliciti delle tematiche oggetto della conversazione si svolge all'interno di una sostanziale parità tra i due soggetti coinvolti. Questa premessa sottolinea una diversità rispetto alla dinamica transferale/controtransferale della relazione, che enfatizza l'asimmetria tra il paziente, che avvia la transazione, ed il terapeuta che vi reagisce. A noi sembra di potere dedurre che questo aspetto della relazione terapeutica possa rappresentare il denominatore comune di tutti gli orientamenti psicoterapeutici, un punto da sviluppare per l'integrazione dei trattamenti. Certamente l'attività principale del terapeuta in un primo colloquio individuale mira a generare nel campo intersoggettivo un vissuto di intimità, di vicinanza, attraverso un processo di immedesimazione per operare il quale le domande poste, i chiarimenti sollecitati, il genogramma costruito insieme, e persino le ipotesi diagnostiche, non sono che passaggi per ottenere questa sintonia.

Conclusioni

Questo scritto non si propone di esaurire in poco spazio la ricchezza di argomenti che possono essere sviluppati per illustrare una tematica così cruciale e complessa come quella dei primi colloqui psicoterapeutici, ma di sottolineare alcuni riferimenti teorici e clinici che permettono di definire meglio le caratteristiche dell'incontro tra paziente richiedente e autonomo e terapeuta sistemico. Il paziente assume un atteggiamento *intenzionale* nei confronti del terapeuta, lasciandosi, per così dire, percepire come soggetto (Crane, 2001). È a partire da questo presupposto che si costruisce una forma di sintonia che permette al terapeuta di parlare della mente del paziente. Il colloquio si svolge lungo le linee che ci portano a creare una serie di rappresentazioni, pensieri, ipotesi sulla persona del paziente, sulla sua sostanzialità individuale, sulla sua sofferenza e sul modo di interpretarla e viverla. Cercheremo di restituire al paziente questo ritratto in una dimensione empatica.

Riteniamo che la finalità principale della restituzione di come noi percepiamo e pensiamo il paziente sia di permettergli di sentirsi “afferrato” dal pensiero del suo interlocutore, più con funzione di holding, quindi, che per trasmettergli una forma di conoscenza di sé, che sarebbe ancora prematura.

Il terapeuta sistemico ha poi a disposizione una tecnica per proporre costruzioni narrative non verbali come il genogramma, che può aiutare la simbolizzazione di costrutti semantici di attaccamento nei pazienti meno competenti sul piano autobiografico e permettere alla persona di provare una sensazione di riuscita rispetto alla sua domanda implicita di corrispondenza, che riteniamo sia la spinta motivazionale che giustifica qualsiasi domanda di colloquio psicoterapeutico.

Da quanto detto risulta evidente l'importanza cardine della teoria dell'attaccamento come chiave interpretativa fondamentale dell'incontro tra paziente e terapeuta. I fondamenti relazionali, diadici, di questo vertice teorico si attagliano all'esigenza del terapeuta sistemico di mantenersi fedele alla visione del paziente come individuo “sociale”, pronto a manifestarsi, a rivelare tracce della complessa costruzione della sua identità, nel momento in cui si dispone al legame con l'altro. Nello stesso tempo pensare in termini di attaccamento “forza” il terapeuta sistemico, nel corso del primo colloquio, ad uscire da una certa tendenza all'impiego intempestivo del registro cognitivo, nel tentativo di costruire edifici legami orizzontali e verticali e imparare a desumere dall'insieme di atteggiamenti e verbalizzazioni del paziente che “tipo di persona” egli sia, in altre parole, quale profilo esistenziale *appare* all'osservazione del terapeuta. Questa componente fenomenologica deve essere colta dal terapeuta in quanto rappresenta il modo principale di permettere al paziente di sentirsi pensato responsabilmente e quindi incoraggiato a manifestarsi ulteriormente.

Per ottenere questo il terapeuta ha a disposizione l'importante strumento della comprensione e quindi dell'utilizzo delle emozioni connesse con il suo stato motivazionale: noia, irritazione, ansia, compassione, senso di potere o di benessere eccessivo, paura o accondiscendenza esagerata, emozioni che devono essere corredate da una corrispondente codifica cognitiva semantica, o anche autobiografica, per potere essere utilizzate come guida verso la costruzione di un area intersoggettiva di contatto e scambio. In

definitiva pensiamo che il primo colloquio con un paziente adulto, autonomo e adeguatamente motivato non dovrebbe limitarsi ad una registrazione di dati, ad una posizione di ascolto di una narrazione più o meno fluida e compiuta emessa dall'interlocutore, né ad una, per quanto riuscita, restituzione di ipotesi relazionali sulla storia familiare del paziente, ma deve orientarsi (ossia deve essere orientato dalle due soggettività) al raggiungimento, attraverso strumenti di tipo non solo cognitivo come quelli che fanno capo alla dialettica dell'indagine, di una connessione tra le due intenzionalità in campo che possa conferire la sensazione al paziente di essere stato "colto", riconosciuto, interpretato per *come è*.

SUMMARY

The aim of this work is to hypothesize an individual psychotherapy first approach model for spontaneous requests within a systemic point of view. The authors work as teachers of the Milan "Mara Selvini School of Psychotherapy" and collected several supervision questions about individual therapy demand that come from the community care facilities the learners work in.

First the real life conditions of the patient must be assessed, then the therapist strain is to catch "who this person is" within his existential framework, trying to follow an individual/relational attachment based way to create a positive therapeutic alliance. Moreover the typical systemic Genogram is affordable, to address the patient's mind toward a relational thought of his own suffering.

Two kind of patients must be expected, relatively to their attachment issue: in the first case the patient shows a fluent and coherent autobiographical competence while the second case shows an impaired verbal attachment memory and drives the therapist to focus on his procedural and implicit "know how" to stay with others.

Key words: attachment, intersubjectivity, correspondence, integration of treatments.

RIASSUNTO

Scopo dell'articolo è di individuare un modello di presa in carico per pazienti che richiedono una psicoterapia individuale, in un ottica relazionale/sistemica. Gli autori lavorano come docenti della "Scuola di Psicoterapia Mara Selvini" di Milano, dove sempre più frequentemente le allieve presenta, no richieste di

supervisione per situazioni di presa in carico individuale di pazienti richiedenti, che provengono dai contesti di cura dove operano.

In primo luogo vengono delineate le condizioni generali che permettono di accogliere la richiesta di terapia individuale. Successivamente il terapeuta deve riuscire a cogliere la dimensione esistenziale del paziente, ossia “che persona sia”, seguendo una modalità di incontro individuale/relazionale, centrato sull'attaccamento, allo scopo di creare un'alleanza terapeutica positiva. Inoltre è possibile utilizzare la classica modalità sistemica del Genogramma per indirizzare il pensiero del paziente verso una dimensione relazionale della sua sofferenza.

Sono illustrati tipologie generali di pazienti: il primo mostra un'adeguata competenza autobiografica, mentre il secondo manifesta difficoltà rispetto alla verbalizzazione dei costrutti dell'attaccamento e porta il terapeuta a mettere a fuoco le sue modalità procedurali e implicite relative a “come stare” con gli altri.

Parole chiave: *attaccamento, intersoggettività, corrispondenza, integrazione dei trattamenti.*

Bibliografia

- Attili, G., (2007), *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bateman, A., Fonagy, P., (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Tr. It., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Beebe, B., Lachmann, F. M., (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti*, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.
- Benjamin, L. S., Tr. It., *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità*, LAS, Roma 1999.
- Boscolo, L., Bertrando, P., (1996), *La terapia individuale sistemica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Canevaro, A., Selvini M., Liffranchi, F., Peveri, L., (2008) “La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi”, *Psicobiattivo*, n. 1, gennaio/aprile 2008.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Cirillo, S., (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Crane, T., (2001), Tr. It., *Fenomeni mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.
- Eames V, Roth A., “Patient attachment orientation and the early working alliance: a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures2. *Psychotherapy Research* 2000; 10(4):421–434.
- Fonagy, P., Target M., (1995), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Tr. It.,Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Gabbard, G. O., (1994), *Psichiatria psicodinamica*, Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Hardy GE, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Reilly S, Shapiro DA., “Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client identified significant events in psychodynamic interpersonal psychotherapy”. *Psychotherapy Research* 1999; 9(1):36–53.
- Holmes, J., (2001), *Psicoterapia per una base sicura*, Tr. It.,Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004.
- Johnson, S., (1994), *Stili caratteriali*, Tr. It.,Crisalide, Spigno Saturnia (LT), 2004.
- Orefice, S., (2002), *La sfiducia e la diffidenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rubino G, Barker C, Roth T, Fearon P., “Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles”. *Psychotherapy Research* 2000; 10(4):408–420.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for Memory. The Brain, the Mind and the Past*, Basic Books, New York.
- Selvini, M., “Tecniche di presa in carico del paziente non richiedente”, *Terapia familiare*, 73, Novembre, pp. 5 – 33, 2003 .
- Selvini, M., (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- Selvini, M., “Undici tipi di personalità: l'interazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso”, *Ecologia della Mente*, 31, giugno 2008, 29 - 55.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M., (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M., (1988), *Giochi Psicotici della famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Semi, A.A., (1985), *Tecnica del colloquio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sorrentino, A. M., (2006), *Figli disabili*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Sorrentino, A. M., (2008), “Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente”, *Terapia Familiare*, n. 88, novembre 2008.
- Stern, D. N., (2004), *Il momento presente*, Tr. It.,Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.